CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

CONSULTA DE ASEGURAMIENTO DE VEHÍCULOS CON MATRICULA ESPAÑOLA

…… …….. ……
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

con D.N.I…….., en representación de …….....

……..con NIF/ CIF (1)……...

solicita se le informe de la entidad aseguradora del vehículo matrícula número…….....

interviniente en el accidente de circulación ocurrido el ……../……../……., en relación al cual
día mes año
resulta ser (indíquese con una cruz) (2):

[ ] Perjudicado con daños personales.

[ ] Perjudicado con daños materiales.

[ ] Entidad aseguradora del vehículo contrario.
Si el solicitante es una entidad aseguradora indicar:
-Clave con la que está inscrita en la DGSFP y razón social:……

-Matricula propia:……..

Indique el medio a través del cual quiere que se le envíe el certificado:

Fax:……Correo electrónico:…….

Correo postal: Cl.……Nº…….Piso /Esc……

Población:……Provincia:……..Código postal…….

ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR COPIA DEL PARTE DE DAÑOS O DE LA DECLARACION AMISTOSA DEL ACCIDENTE

……., a…….de…….de……

Firma del solicitante

(1) Indicar únicamente en el supuesto de que el solicitante actúe en nombre y representación de una persona física o jurídica (en este caso debe acreditarse la representación).
(2) Para poder efectuar la consulta es imprescindible que se señale tipo de daños (personales, materiales o ambos)

Advertencia: Los datos de carácter personal recogidos en este impreso serán objeto de tratamiento informático únicamente en los casos en que el resultado de la consulta sea negativo, manteniéndose los datos durante un mes para que el Consorcio pueda enviarle la nueva información que sobre la consulta pudiera producirse durante ese período de tiempo. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición póngase en contacto con los Servicios Centrales del Consorcio de Compensación de Seguros, sitos en Pº de la Castellana, nº 32, 28046 Madrid (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).